



**Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk
relasjon til unge pasienter som lider av anorexia
nervosa?**

Kandidatnummer: 558
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9868
Dato: 23.04.2019

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.19
<u>Tittel</u> Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til unge pasienter som lider av anorexia nervosa?	
<u>Problemstilling</u> Besvarelsen bygger på problemstillingen: Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til unge pasienter som lider av anorexia nervosa? Oppgavens hensikt er å belyse hva som kreves av sykepleier for å kunne danne en terapeutisk relasjon til den aktuelle pasientgruppen.	
<u>Teoretisk perspektiv</u> I teoridelen til denne oppgaven vil anorexia nervosa og elementer ved den terapeutisk relasjon bli belyst. I tillegg vil Joyce Travelbees teori om hvordan man etablerer et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient bidra til å besvare problemstillingen.	
<u>Metode</u> Problemstillingen til denne oppgaven vil bli besvart ved hjelp av utvalgte litterære kilder. Det er i forkant utarbeidet en klar søkestrategi som benyttes for å søke etter forskningsartikler, og i tillegg en nøye beskrevet utvelgelsesstrategi. Øvrig litteratur som er benyttet i denne oppgaven er inkludert for å belyse oppgavens problemstilling.	
<u>Drøfting</u> Drøftingen tar for seg hvordan man kan etablere en terapeutisk relasjon til den utvalgte pasientgruppen, hvilke forutsetninger som må møtes for at relasjonsdannelse er mulig og utfordringer knyttet til denne prosessen.	
<u>Konklusjon</u> For at sykepleier skal kunne etablere en terapeutisk relasjon til pasienten er det flere grunnleggende elementer som må være tilstede. De tydeligste elementene er kunnskap om	

sykdommen og dens mekanismer. Kunnskap bidrar også til at sykepleier klarer å utvise mindre dømmende holdninger overfor pasienten, og på den måten skille diagnosen og pasient. I tillegg må relasjonen være basert på likeverd og tillit for å kunne være terapeutisk.

(Totalt antall ord: 254)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	2
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Problemstilling	3
1.2.1	Sykepleiefaglig relevans for valgt tema	3
1.2.2	Avgrensninger	3
1.3	Begrepsavklaring	4
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1	Anoreksia Nervosa	5
2.1.1	Kjennetegn	5
2.1.2	Risikofaktorer	6
2.1.3	Atferdstrekk hos pasienter som lider av AN	6
2.1.4	Utviklingspsykologi- hvem er 16 åringen?	7
2.1.5	Behandling	8
2.1.6	Sykepleierens rolle i behandlingen	8
2.2	Terapeutisk relasjon	8
2.2.1	Essensen i relasjonen	9
2.2.2	Sykepleiers egenskaper	10
2.2.3	Sykepleiers kunnskaper	10
2.3	Mellommenneskelige forhold	10
2.3.1	Å bruke seg selv terapeutisk	11
2.3.2	Menneske-til-menneske forholdet	11
2.4	Etikk og lovverk	12
2.4.1	Juridiske rammer	12
2.4.2	Yrkesetiske retningslinjer	12
3	Metode	14
3.1	Om metode	14
3.2	Søkestrategi	14
3.2.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	15
3.2.2	Kvalitativ forskningsmetode	17
3.3	Presentasjon av fag og forskningslitteratur	18
3.3.1	Forskningslitteratur	18
3.3.2	Faglitteratur	18
3.4	Kildekritikk	19
3.4.1	Søkemetode	19
3.4.2	Forskningsartikler	20
3.4.3	Faglitteratur	21
3.5	Etikk	21
4	Resultater	22
5	Drøfting	24
5.1	Hvorfor relasjon?	24
5.2	Det innledende møtet	26
5.3	Fremvekst av identiteter	27
5.4	Empati	29
5.5	Sympati og medfølelse	29
5.6	Gjensidig forståelse og kontakt	31
6	Avslutning	32
	Referanseliste	33

«Løgner har preget hele min syke- og tilfriskningshistorie. Jeg har løyet om alt mulig. Justert sannheten selv om det ikke har gagnet meg på noe som helst vis- annet enn at det har gitt meg en følelse av kontroll. Å forholde seg til en person med anoreksi kan være som å famle rundt i en labyrint hvor den som ikke vil at du skal finne frem, er den som skal gi hint om veien.»

Utdrag fra Ingeborg Senneset's «Anorektisk» fra 2017 (s. 60)

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I vår del av verden er spiseforstyrrelser, og da særlig anorexia nervosa (AN), en alvorlig og dødelig sykdom. Flesteparten av de som rammes av AN er jenter. Det er generell enighet om at de fleste som rammes av en spiseforstyrrelse gjør det i tenårene (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2018; Snoeck & Engedal, 2017).

Totalt er det ca. 5% av befolkningen som lider av en eller annen form for spiseforstyrrelse. Av den totale befolkningen utgjør de som lider av anorexia nervosa ca. 0,5% (Helsedirektoratet, 2016). Anoreksi er den formen for spiseforstyrrelser som tar flest liv. For å sette sykdommen i perspektiv så er det bare ulykker og kreft som har høyere dødelighet enn AN hos tenåringsjenter i Europa (Skårderud, 2013).

Etter å ha lest om sykdommen og skildringer skrevet av de som er rammet av spiseforstyrrelse, er det tydelig for meg at dette er en sykdom med et særs komplekst sykdomsbilde. Jeg tror vi som sykepleiere må ha kunnskap og innsikt for å kunne forstå en brøkdel av det kaoset av følelser som pasientene lever i. Mange pasienter beskriver paradoksalt nok også sykdommen som noe positivt, noe som gir dem følelsen av kontroll og mestring (Skårderud, 2013; Hummelvoll, 2012).

Denne ambivalensen som går ut på at de både vil og ikke vil bli friske fra sykdommen er blant annet beskrevet i artikkelen av Lucy Serpell (1999). Hun fikk ungdommer til å skrive brev til anoreksien - både som venn og fiende. Skildringene om vennskapet mellom pasientene og sykdommen var mye mer preget av positivitet enn forskeren på forhånd hadde sett for seg.

Jeg har sett denne ambivalensen fra utsiden gjennom arbeidserfaring fra psykiatrisk enhet i spesialisthelsetjenesten. Gjennom denne erfaringen ble det veldig klart for meg at jeg hadde manglende forutsetninger for å kunne forstå hvordan pasientene som lider av AN har det. Derfor bestemte jeg meg tidlig for å vie bacheloroppgaven min til å fordype meg i dette temaet - og på den måten kanskje være bedre rustet i møte med disse pasientene.

Denne oppgaven har som formål å se på hva som kreves av en sykepleier for å etablere en terapeutisk relasjon til valgt pasientgruppe. Oppgaven vil besvares ved hjelp av litterære kilder i form av fag- og forskningslitteratur.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til unge pasienter som lider av anorexia nervosa?»

1.2.1 Sykepleiefaglig relevans for valgt tema

Spiseforstyrrelser er en alvorlig lidelse (Skårderud, 2013). Som sykepleiere vil vi ha en sentral rolle i behandlingen av disse pasientene (Zugai, Stein-Parbury og Roche, 2013). Ivaretagelse av pasientene kommer innunder sykepleierens **funksjonsområder**. Viktig i denne sammenhengen er den **behandlende** og **lindrende** funksjonen. Med behandling mener jeg å samle data, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere sykepleie, bedre kjent som sykepleieprosessen (Nordtvedt & Grønseth, 2016). Problemstillingen til denne oppgaven handler om hvordan sykepleier kan etablere en terapeutisk relasjon til pasienten, som igjen vil være avgjørende for at sykepleier skal komme i posisjon til å utøve sin behandlende funksjon til denne pasientgruppen.

Sykepleierens lindrende funksjon vil være viktig i arbeidet med denne gruppen. I følge Nordtvet og Grønseth (2016) betyr begrepet lindrende funksjon at sykepleier skal begrenset omfanget av pasientens fysiske, psykiske og sosiale lidelse, noe som vil være sentralt i møte med denne pasientgruppen. Også knyttet til den lindrende funksjonen vil relasjon mellom sykepleier og pasient stå sentralt.

1.2.2 Avgrensninger

Min målgruppe er ungdom med diagnosen AN, innlagt på ungdomspsykiatrisk enhet i spesialisthelsetjenesten. For å være innlagt på en psykiatrisk avdeling for behandling av spiseforstyrrelser bør sykdommen være såpass alvorlig i sin form at poliklinisk arbeid ikke er hensiktsmessig (Helsedirektoratet, 2016).

Spiseforstyrrelsen er alvorlig når pasienten er innlagt for spiseforstyrrelse, men ikke så alvorlig at pasienten trenger kontinuerlig monitorering. Dette krever behandling på somatisk sykehus.

Det er ikke gjort noen begrensning på kjønn, da tilgjengelig forskning ikke skiller mellom gutter og jenter.

Jeg har valgt at målgruppen min skal være ungdom fordi anoreksia oftest oppstår i ungdomsårene (Skårderud, 2013). Jeg har satt en nedre grense på 16 år og en øvre grense på 18. Dette gjør at målgruppen min befinner seg på barne- og ungdomsavdelinger. De er mindreårige, men juridisk sett samtykkekompetente. Dette er nærmere beskrevet under punkt (2.4.1) om juridiske rammefaktorer.

Jeg vil også legge til at behandlingen av AN er et tverrfaglig samarbeid, men denne oppgaven vil fokusere på relasjonen mellom sykepleier og pasient og vil derfor ikke inkludere det tverrfaglige i noen særlig grad. Fordi relasjon er i fokus i denne oppgaven, så vil heller ikke fokuset være på kostholdsoppfølging og miljøterapeutiske tiltak.

1.3 Begrepsavklaring

Terapeutisk relasjon

Terapeutisk relasjon vil i denne sammenhengen være forholdet mellom sykepleier og pasient. En terapeutisk relasjon er en tosidig, dynamisk og likeverdig relasjon som har som mål å hjelpe pasienten mot bedre helse og tilfriskning (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017).

Anoreksia Nervosa

Anoreksia nervosa er betegnet som den restriktive formen for spiseforstyrrelser, og med det menes det at pasienten begrenser hva og hvor mye hun spiser og dermed bevisst skaper og vedlikeholder et vekttap. Begrenset matinntak ses ofte i kombinasjon med overdreven trening og misbruk av lakserende midler. Mange pasienter sliter i tillegg med et forvrengt kroppsbilde som ofte ledsages av en intens frykt for å bli tykk selv om vedkommende er undervektig (Skårderud, 2013).

I denne oppgaven benyttes forkortelsen AN for anorexia nervosa.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

Det teoretiske og empiriske kunnskapsgrunnlaget i denne oppgaven inneholder kunnskap om AN, utviklingspsykologi - for å kunne gjøre et forsøk på å forklare hvor den valgte målgruppen min befinner seg kognitivt sett, en redegjørelse for begrepet terapeutisk relasjon samt sykepleieteori fra Joyce Travelbee. I tillegg vil teorikapitlet inneholde et avsnitt om henholdsvis juridiske rammefaktorer og yrkesetiske retningslinjer.

2.1 Anoreksia Nervosa

Spiseforstyrrelse er en samlebetegnelse på en gruppe psykiske lidelser hvor symptomene er relatert til utfordringer i forhold til kropp, mat og vekt. Herunder kommer AN i både atypisk og typisk form. I tillegg finnes det en rekke andre former for spiseforstyrrelser, hvor bulimi og overspising er to eksempler (Helsedirektoratet, 2016; Snoek & Engedal, 2017). Denne oppgaven vil ta for seg de pasientene som lider av AN typisk form.

AN er den av spiseforstyrrelsene som er viet mest oppmerksomhet siden sykdommen er forbundet med økt dødelighet (Snoek & Engedal, 2017).

2.1.1 Kjennetegn

AN typisk form er betegnet som den restriktive formen for spiseforstyrrelse fordi pasienten begrenser hva og hvor mye vedkommende spiser (Skårderud, 2013).

Et typisk aspekt med sykdommen er også at pasienten har et forvrent kroppsbilde. Resultatet av det er et selvbildet som er altfor preget av ideer om mat og kroppsform (American Psychiatric Association, referert i Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017).

For å kunne stille en sikker diagnose må det, i følge Helsedirektoratet og «International Classification of Diseases» (ICD) utgave 10, foreligge en rekke somatiske og psykologiske plager. I ICD-10 står det at lidelsen er kjennetegnet av at pasienten bevisst fremkaller og vedlikeholder en signifikant lav vekt (mindre enn 17,5 i kroppsmasseindeks for voksne eller kroppsvekt under 15% av det som er forventet for barn). Det står videre at det medfølger utvikling av atferd som jobber for å begrense inntak av mat og på den måten bevisst hindrer vektøkning (Helsedirektoratet, 2016).

På helsedirektoratets (2016) sider står det at det vanligvis forekommer underernæring og at det derfor ofte medfølger somatiske plager som endokrine og metabolske forandringer.

2.1.2 Risikofaktorer

Hvorfor noen utvikler en spiseforstyrrelse, og herunder AN, er et komplekst og sammensatt bilde. Spiseforstyrrelser er et vestlig fenomen, man kan anta en viss sammenheng mellom samfunnets fokus på slanking og kosthold (Snoek & Engedal, 2017) .

Man skiller mellom disponerende og utløsende årsaker når man skal forsøke å forklare hvorfor noen utvikler AN (Skårderud, 2013). I tillegg finnes det en rekke vedlikeholdende faktorer som gjør at sykdommen holdes ved like og vanskeliggjør behandling. De vedlikeholdende faktorene beskrives nærmere i avsnittet om behandling av AN (2.5.1).

De disponerende faktorer peker på en sammenheng mellom personlighet preget av perfektjonistiske og rigide trekk, genetikk, familieforhold og manglende hjelp til regulering fra foreldre og andre omsorgspersoner. I tillegg vil traumer og kulturelle faktorer spille inn. Disse faktorene, sammen med individets sårbarhet, vil være en mulig forklaring på hvorfor noen er mer disponert enn andre til å utvikle en spiseforstyrrelse, og herunder AN (Skårderud, 2013).

De utløsende faktorene er det som er med på å «trigge» en spiseforstyrrelse. For eksempel er tidlig eller sen pubertet, mobbing, konflikt, store prestasjonskrav og endrede livsvilkår og skader i forbindelse med idrett, faktorer som kan utløse en spiseforstyrrelse. Det å drive med visse former for konkurranseidrett, gir i seg selv en høyrisiko for å utvikle AN (Skårderud, 2013).

2.1.3 Atferdstrekk hos pasienter som lider av AN

Eksempler på typiske atferdstrekk hos pasienter som lider av spiseforstyrrelser, og herunder AN, er et økt fokus på mat, kropp, og veiing. I tillegg kommer det en rekke psykiske atferdstrekk som irritabilitet, søvnvansker, sosial tilbaketrekning og utvikling av rigide daglige rutiner, samt en rekke alvorlige, somatiske konsekvenser (Skårderud, 2013).

Det er store likhetstrekk mellom anoreksia og en tvangslidelse. Likhetene er så store at det spekuleres i om AN er en del av en tvangslidelse eller om tvangslidelse bare er en av AN's mange uttrykksformer. Den tvangspregede atferden kan gi store og fatale konsekvenser for pasienten og gjør lidelsen vanskelig å behandle. (Snoek & Engedal, 2017).

Pasienter som lider av AN kan ha vanskelig for å sette ord på følelsene sine. Pasientene har ofte få problemer med å holde i gang en samtale på overfladisk nivå. Det som blir tydelig er at

det kan oppstå problemer om man forsøker å få i gang en samtale med disse personene omkring dyptliggende temaer. Dette kan bidra til at det er vanskelig å komme inn på personen, noe som kan gjøre relasjonsbygging utfordrende (Skårderud, 2013: Hummelvoll, 2012).

2.1.4 Utviklingspsykologi- hvem er 16 åringen?

Den fysiske hjernen er i stor utvikling gjennom barne- og ungdomsårene. Likevel er det et tydelig skille i overgangen mellom barn og ungdom, hvor man ser mye større individuelle forskjeller enn i barneårene (Smith, 2018).

Typiske aldersbetingede utviklingstrekk i ungdomsårene er adekvat og klok refleksjon, språk, abstrakt tenkning, empati, etikk og evnen til å forstå andre i sine omgivelser og gjelder da også for 16-åringen (Tetzner, 2012). Slike egenskaper er viktige for å mestre følelsesregulering. Kroppen og sinnet til en ungdom er preget av mye uro. Uroen kan ses i sammenheng med at det limbiske system er i stor utvikling i denne perioden. Frontallappene følger ikke det samme utviklingstempoet, og kan forklare hvorfor impuls kontroll og selvregulering hos ungdom er dårligere fungerende enn hos voksne (Smith, 2018).

Ungdomshjernen har vanskeligere enn den voksne for å prosessere emosjonell stimuli, noe som kan forklare hvorfor ungdoms følelsesregister i større grad er preget av svart- hvitt tenkning. Mangelen på evne til å takle emosjonelt stimuli kan også forklare hvorfor ungdom takler stress og frustrasjon dårligere enn voksne (Smith, 2018).

Pubertetstiden er en sårbar tid for å utvikle spiseforstyrrelser fordi det i perioden oppstår store hormonelle endringer. Dette kan medføre store kroppslige og følelsesmessige endringer for ungdommene, og særlig for jenter (Helsedirektoratet, 2016). Mye av den aldersbetingede uroen som følger med i ungdomstiden, kan føre til at ungdommen bruker kroppen som et organ for å få kontroll over egne følelser, som igjen er et typisk trekk ved spiseforstyrrelse. Midler for å regulere følelser hos personer som ikke er gode på følelsesregulering kan være alt fra selvskading til et overdrevent behov for mestring og anerkjennelse (Skårderud, 2013). I ungdomsårene er individet preget av mye usikkerhet og har et stort fokus på eget utseende. Sammen med ungdommens toleranse for stress/sårbarhet er usikkerheten og fokuset på eget utseende, en betydelig forklaringsfaktor med tanke på hvorfor noen utvikler spiseforstyrrelse (Skårderud, 2013).

2.1.5 Behandling

Vedlikeholdende faktorer er med på å opprettholde sykdommen. Eksempel på en vedlikeholdende faktor er om pasienten ser nytten av symptomene i form av at pasienten ønsker kontroll over matinntaket sitt og å vedlikeholde lav kroppsvekt. Det å se nytten av symptomene man opplever i forbindelse med sykdommen er typiske grunner til at pasientene opplever ambivalens i forhold til å ønske og bli frisk (Skårderud, 2013).

Ofte er det familien rundt pasienten som lider mest på grunn av spiseforstyrrelsen, og krever at ungdommen får hjelp til å bli frisk fra sykdommen. Det at det er familien som ønsker at ungdommen skal behandles for sykdommen kan føre til lav motivasjon til behandling hos ungdommen selv (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). I tillegg har konflikter i familien som følge av sykdommen en vedlikeholdende faktor (Skårderud, 2013).

Det viktigste prinsippet innenfor behandling av AN er å styrke pasientens ønske og vilje til forandring (Skårderud, 2013). Motivasjonen til å ville bli frisk vil avgjør om en pasient klarer å bli bedre av sykdommen sin eller ikke (Snoek & Engeldal, 2017). Det viser seg at det er en tydelig sammenheng mellom lengden på behandlingen og prognosen for å bli frisk fra AN. Relasjonsbygging er en viktig faktor i denne sammenhengen, da gode relasjoner til nøkkelpersoner ser ut til å bidra til at pasienten forblir i behandling (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017).

2.1.6 Sykepleierens rolle i behandlingen

Sykepleier spiller en nøkkelrolle i behandlingen til pasientene som lider av AN. En av grunnene til dette er at det i spesialisthelsetjenesten er sykepleiere som er sammen med pasienten døgnet rundt (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013).

Sykepleier spiller en avgjørende rolle i pasientens tilfriskning da hun/han er tilgjengelig for å kunne støtte, motivere og veilede pasienten i perioden når pasienten er innlagt. En forutsetning for å kunne fylle denne rollen er at det har oppstått en god relasjon mellom sykepleier og pasient (Erikson & Dahlen, 2017). Dette vil bli ytterligere belyst i kapittelet om terapeutisk relasjon.

2.2 Terapeutisk relasjon

En terapeutisk relasjon er et dynamisk, toveis og gjensidig forhold mellom en profesjonell omsorgsperson og en pasient (Ramjan, 2004). Relasjonens formål er å virke positivt i tilfriskningsprosessen til pasienten. Det å ha en god relasjon til pasientene blir av de inneliggende pasientene som mottar behandling for AN, ansett som virkningsfullt i forhold til bedring av sykdommen (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Videre i dette kapitlet vil jeg gå igjennom hva som er essensen i den terapeutiske relasjonen, samt hvilke egenskaper og kunnskaper sykepleier må besitte for å kunne etablere en vellykket, terapeutisk relasjon.

2.2.1 Essensen i relasjonen

Det å kunne etablere en terapeutisk relasjon til pasientene stiller flere krav til sykepleieren. I følge Zugai et al., (2013) er gode kommunikative ferdigheter en forutsetning for relasjonsbygging. I tillegg er det nødvendig med gode mellommenneskelige ferdigheter. Kombinasjonen av gode kommunikative- og mellommenneskelige ferdigheter vil kunne skape tillit og gjøre at pasienten tør å åpne seg (Zugai et al., 2013).

Essensen i relasjonen er at pasienten føler allianse med, og har tillit til, sykepleier.

Forutsetning for at pasienten skal føle allianse med sykepleier er at forholdet er basert på likeverd i forhold til tosidig tillit og ærlighet (Sly, Morgan, Mountford, Sawyer, Evans & Lacey, 2014). Det at forholdet er basert på tosidig tillit og ærlighet kan styrke følelsen av samhold og bidra til at pasienten føler at relasjonen er trygg. Et forhold basert på gjensidig ærlighet vil si at pasienten får uttrykke sine følelser fritt, men også at sykepleier er ærlig på hva hun eller han forventer av pasienten (Sly et al., 2014). Å være i en terapeutisk relasjon med en pasient som lider av AN krever at sykepleier er bestemt og stiller krav til pasienten, slik at pasienten ikke lar sykdommens mekanismer få for stort spillerom (Sly et al. 2014). Samtidig viser studien til Zugai et al. (2013) at det å stille for strenge krav til pasienten vil virke mot sin hensikt.

En faktor for at relasjonen skal være vellykket for både pasient og sykepleier er at sykepleier klarer å skille pasienten som individ fra AN-diagnosen. Det å se personen bak diagnosen gjør at pasienten føler seg sett og respektert som individ (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2018).

Det at pasienten føler seg sett og respektert kan føre til at pasienten inntar en mer aktiv rolle i relasjonen og dermed også i bedringen av tilstanden sin (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Sykepleier bør unngå å ha en dømmende holdning overfor denne pasientgruppen, da dette vil være skadelig for relasjonen (Zugai et al., 2018).

2.2.2 Sykepleiers egenskaper

Sykepleiers tilnærming til pasienten og evne til å danne relasjon er ansett som en nøkkel til tilfriskning hos pasienten (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017).

Det at sykepleier tar over ansvaret fra pasienten når anorektiske tanker og handlinger tar overhånd i eksempelvis måltidssituasjoner og opprettholder struktur rundt måltider er nødvendig (Zugai et al., 2018). Likeså skal sykepleier litt etter litt gi dette ansvaret tilbake til pasienten og på denne måten lære pasienten å ta ansvaret selv (Salzmann-Erikson & Dahlen, 2017).

En forutsetning for å danne relasjon med pasienten er at sykepleier er tilgjengelig og tilstedeværende, og mange hevder at de korte samtaler mellom de to hadde likeså stor effekt som de avtalte timene med terapeut (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017)

Et annet element ved relasjonen er at sykepleier klarer å balansere forholdet mellom nærhet og avstand, og denne balansen er særlig viktig mot slutten av et innleggelsesopphold (Salzmann-Erikson & Dahlen, 2017).

2.2.3 Sykepleiers kunnskaper

En annen faktor for å kunne etablere en terapeutisk relasjon er at sykepleier er faglig oppdatert. Med det menes at sykepleier har kunnskaper om hvordan sykdommen arter seg, hvilke symptomer man skal se etter og hva som er effektivt i behandling av pasientene (Ramjan, 2004). I tillegg er det viktig at sykepleier innehar kunnskaper om den enkelte pasienten (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Denne pasientgruppen er som tidligere nevnt, ambivalente i forhold til tilfriskning, slik at sykepleier må ha kunnskaper om sykdommens mekanismer for å ikke la seg «lure» av pasientene (Ramjan, 2004).

Et annet viktig aspekt er at sykepleier bør ha kunnskaper om hvordan de kan lære pasienten strategier for hvordan de kan mestre følelser på en hensiktsmessig måte. Dette styrker forholdet mellom sykepleier og pasient og kan føre til at pasienten føler seg trygg og klarer å gjenkjenne sine egne følelser (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017).

2.3 Mellommenneskelige forhold

I denne oppgaven er Travelbee's teori om forholdet mellom sykepleier og pasient valgt ut fordi hennes teori har et stort fokus på hvordan sykepleier kan etablere en god relasjon til pasienten sin. I tillegg skriver hun noe om hva det vil si å bruke seg selv terapeutisk. Hvordan

man kan etablere en god relasjon til pasientene og hva det vil si å bruke seg selv terapeutisk er et godt utgangspunkt til å besvare min problemstilling. Travelbee er lite glad i termene «*sykepleier*» og «*pasient*». Grunnen til at hun ikke liker disse begrepene er forklart litt lengre ned, under punkt (2.3.2). Denne oppgaven vil for enkelhets skyld likevel bruke begrepene sykepleier og pasient.

2.3.1 Å bruke seg selv terapeutisk

Essensielt i denne teorien er det at en må være bevisst på at egen atferd påvirker andre, og dermed kan sykepleier også bruke egen atferd til å påvirke pasient i positiv retning. Sykepleier bruker seg selv terapeutisk ved å ta i bruk ferdigheter og kunnskaper sykepleier innehar. I tillegg må sykepleier inneha en dyp forståelse av det å være menneske og forstå seg på menneskelig atferd (Travelbee, 1999). Travelbee's teori om å bruke seg selv terapeutisk er i praksis det samme som begrepet terapeutisk relasjon.

2.3.2 Menneske-til-menneske forholdet

En profesjonell sykepleier har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske forhold til pasientene sine. Sykepleierens hensikt vil i hennes teori være virkemidler som benyttes for å hjelpe pasienten til å forebygge, meste eller finne mening ved sykdom og lidelse.

Travelbee hevder at termene «*pasient*» og «*sykepleier*» kan være med på å skape stereotyper og utsetter de involverte parter for generalisering og avhumanisering.

Travelbee (1999) understreker at et menneske-til-menneske forhold ikke bygges opp over natten, men er et resultat av tilnærming over tid. Hun understreker videre at relasjonen først oppstår etter at sykepleieren og den hun har ansvaret for har gjennomgått følgende stadier: Det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Det å gjennomgå disse stadiene vil resultere i gjensidig forståelse og kontakt, og etablering av menneske-til-menneske forholdet (Travelbee, 1999). Denne «oppskriften» på hvordan en god relasjon oppstår vil bli problematisert i drøftingen.

2.4 Etikk og lovverk

Som sykepleiere er yrkesutøvelsen vår regulert gjennom lovverk og etiske retningslinjer. Under dette avsnittet vil jeg gi en kort beskrivelse av hva jeg anser som særlig relevante juridiske og etiske rammeverk i forhold til min problemstilling.

2.4.1 Juridiske rammer

Som en hovedregel skal spiseforstyrrelser behandles på frivillig basis. Dette er beskrevet i psykisk helsevernloven § 2-1 (1999) og pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 (1999). For at pasienten skal kunne motta behandlingen, skal gyldig samtykke innhentes. En forutsetning for at samtykket er gyldig, er at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon for å ha forutsetning for å forstå hva behandlingen innebærer i tillegg til å ha innblikk i sin egen helsetilstand. Barn over 16 år er regnet som samtykkekompetente.

2.4.2 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene beskriver det etiske fundamentet for all sykepleie.

Sykepleieren er gjennom retningslinjene forpliktet både i forhold til egen yrkesutøvelse og i forhold til ivaretagelse av pasienter.

På Norsk Sykepleierforbund (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011) sine sider står det under punktet *sykepleieren og pasienten* at:

«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.» (NSF, 2011 s.8)

I arbeid med pasienter som lider av AN vil mange av punktene som er listet opp under punktet om «sykepleieren og pasienten» være aktuelle til enhver tid, da vi står i fare for å trække over mange grenser hos denne pasientgruppen. For at sykepleiere skal kunne ivareta sin etiske forpliktelse overfor pasienten er det viktig at hun handler i samsvar med retningslinjene. Her står det blant annet at sykepleier er pliktet til å fremme helse og hindre sykdom, fremme håp og mestring hos pasienten.

Sykepleier har også en rekke forpliktelser ovenfor seg selv, blant annet at sykepleier skal utføre praksis på bakgrunn av erfaringsbasert kompetanse og forskning, samt at sykepleier er pliktet til å holde seg faglig oppdatert. Sykepleien som gis skal være faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2011).

3 Metode

I dette kapittelet vil jeg først gi en kort beskrivelse av hva metode er. Videre vil metodekapittelet presentere søkestrategi, utvalgt fag- og forskningslitteratur og til slutt et avsnitt om kildekritikk.

3.1 Om metode

Metode er beskrevet som «en bestemt vei mot et mål» (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016). Problemstillingen skal bestemme metoden og i denne oppgaven vil det være hensiktsmessig å besvare «*Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til unge pasienter som lider av anoreksia nervosa*» ved hjelp av litterære kilder. Metoden går ut på å planmessig samle inn data, samt være grundig og kritisk i fortolkningen (Johannessen et al., 2016).

Å skrive en litterær oppgave er en metode som har som formål å få en oversikt over gjeldende fag- og forskningslitteratur innenfor et område, og vil derfor være en god metode å bruke for å skrive en bacheloroppgave. Den litterære oppgaven skal ha en tydelig problemstilling, beskrive benyttede søkestrategier, samt inklusjons- og eksklusjonskriterier. I litteraturgjennomgangen stilles det krav til at all forskning skal kvalitetssikres (Johannessen et al., 2016).

3.2 Søkestrategi

For å oppfylle kravene til en litterær oppgave skal det foreligge en klar søkestrategi, hvor strategien er beskrevet. Der skal det komme tydelig frem på hvilket grunnlag artiklene som benyttes i oppgaven skal ekskluderes eller inkluderes (Johannessen et al., 2016).

Jeg har benyttet meg av de databasene jeg anså som relevante og som er tilgjengelig gjennom bibliotekets sider, nemlig Cinahl, Medline og PsycINFO. Grunnen til at jeg har benyttet meg av de nevnte databasene er fordi det er her sykepleiefaglig forskningslitteratur er tilgjengelig. Selvet søket ble utført på skolen og på egenhånd.

For å finne gode søkeord benyttet jeg meg av oversetteren i Norsk-Mesh for å finne de engelske emneordene. Mine utvalgte søkeord ble benyttet fordi samtlige er MeSH-termer foruten nøkkelordet «*nurs**». MeSH-termer kan benyttes på de databasene jeg har brukt for å finne forskningslitteratur til denne oppgaven.

Jeg har valgt å bruke de utvalgte søkeordene fordi det er av direkte relevans til oppgaven min ved at det inkluderer den aktuelle sykdommen, relasjonen mellom sykepleier og pasient samt relevant alder. I tillegg har jeg inkludert «motivation» for å få tak i pasientperspektivet.

Pasientens motivasjon kan være et viktig element for å etablere en god relasjon mellom seg selv og sykepleier.

«Terapeutisk relasjon» er valgt ut som et søkeord fordi begrepet går igjen i fag- og forskningslitteraturen. Begrepet kom jeg over tidlig i prosessen med oppgaveskrivingen, og fant at dette søkeordet ville være nyttig for for å kunne besvare problemstillingen til denne oppgaven.

Søkene er beskrevet under, i tabell 1. Det første treffet er antall treff på ordet uten at det er kombinert med andre søkeord. Ovid er felles søkedatabase for Medline og PsycINFO.

Dato	Database:	Søkeord:	Antall treff:	Kombinasjonen:	Antall treff:
04.01.19	Ovid	Nurse-patient relations	34369	Nurse-patient relations AND anorexia nervosa	67
04.01.19	Ovid	anorexia nervosa	12328	Anorexia nervosa AND motivation	55
04.01.19	Ovid	Motivation	158057	Motivation AND anorexia nervosa	55
05.12.18	Cinahl	Nurse-patient relations	11820	Nurse- patient relations AND Anorexia Nervosa	17
05.12.18	Cinahl	Anorexia nervosa	3008	Anorexia nervosa AND Nurs*	48
05.12.18	Cinahl	Adolescence	566	Adolescence AND Nurs* AND Anorexia nervosa	19
05.12.18	Cinahl	Nurs*	759485		

Tabell 1. Søkeskjema.

3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

I forkant av søket hadde jeg bestemt meg for noen spesifikke inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kriteriene er vist i tabellen under.

De artiklene jeg finner skal omhandle AN, fordi det er vesentlig hvilken form for spiseforstyrrelser pasientene beskrevet i forskningsartiklene lider av. Kun forskning på pasienter med AN vil være relevant for problemstillingen, og derfor vil artikler som omhandler andre former for spiseforstyrrelser bli ekskludert. Videre må artiklene omhandle sykepleier-profesjonen, og dermed ekskluderes artikler som omhandler andre profesjoner som for eksempel psykologer og psykiatere. Det er også et kriterium at det er et tydelig fokus på relasjon i artiklene, siden det nettopp er relasjonens betydning jeg ønsker å undersøke. Videre må artikler omhandle ungdommer eller unge voksne som deler sine erfaringer fra ungdomstiden. Artikler som kun inkluderer AN hos voksne vil bli ekskludert. Forskingen skal være oppdatert og aktuell, derfor er artikler som er eldre enn ti år ikke inkludert. I tillegg bør forskningen ha blitt utført i et land som kan sammenliknes med Norge, fordi det på denne måten vil kunne være sannsynlig at resultatet har overføringsverdi til Norge, og at man kunne forventet et liknende resultat her også. I tillegg er artikler som er skrevet på et språk som ikke er norsk eller engelsk ekskludert.

Jeg har også kvalitetssjekket publiseringskanalene som artiklene er publisert i gjennom register over vitenskapelige publiseringskanaler, NSD (Norsk Senter for Forskningsdata). Samtlige av de utvalgte artiklene er publisert i kanaler som har oppnådd nivå 2.

Jeg leste sammendraget på artiklene jeg fant, og hvis sammendraget passet med mitt tema så vurderte jeg strukturen og metoden som er brukt for å sikre at det var forskningsartikler. Videre brukte jeg inklusjons- og eksklusjonskriteriene til å sortere artiklene jeg fant.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Anoreksia Nevrosa	Andre former for spiseforstyrrelser eller andre psykiske lidelser
Omhandler sykepleierprofesjonen	Andre profesjoner som for eksempel psykologer og psykiatere
Har et tydelig fokus på relasjon	Artikler som omhandler andre aspekter ved AN
Omhandler pasienter som er i ungdomsårene, eller som beskriver erfaringer fra den tiden	Pasienter som ikke er samtykkekompetente, det vil si at de er under 16 år. I tillegg ekskluderes forskning som omhandler pasienter som er over 18

Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Artikler publisert etter 2008	Eldre enn 10 år
Norsk eller engelsk språk	Alle andre språk
Forskning fra Europa, Australia, USA, New Zealand	Forskning fra andre land

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

3.2.2 Kvalitativ forskningsmetode

Forskningsmetoden som blir brukt for å forske innenfor sykepleie og andre nærliggende helsefaglige felt kan deles inn i kvalitativ eller kvantitativ metode. En kan skille mellom å samle inn data rundt et fenomen for å kartlegge utbredelsen, eller å spørre folk om deres opplevelser eller erfaring av fenomenet. Disse forskjellene utgjør skillet mellom det kvalitative og det kvantitative.

En kvantitativ tilnærming innebærer interesse for målbare enheter for å kunne se etter tendenser eller sammenhenger. Med en kvalitativ tilnærming er forskeren interessert i hvilke opplevelser, meninger eller erfaringer folk tillegger et fenomen, og på denne måten kan man studere et fenomen mer inngående (Johannessen et al., 2016).

Problemstillingen til en litterær oppgave vil bestemme om det er kvalitative eller kvantitative data det er hensiktsmessig å søke etter. Etersom min problemstilling spør om «hvordan» sykepleier kan etablere en relasjon til pasienten sin, så vil det være naturlig å først og fremst se etter kvalitativ forskning for å belyse problemstillingen. Mesteparten av forskningen som er benyttet i denne oppgaven er derfor kvalitativ forskning.

I mine utvalgte artikler er det i all hovedsak benyttet semi-strukturerte dybdeintervjuer som metode.

Semi-strukturerte intervjuer betyr at det finnes en overordnet intervjuguide, men at spørsmål, temaer og rekkefølge kan variere (Johannessen et al., 2016). I de utvalgte artiklene er de semi-strukturerte intervjuene individuelle, det vil si at deltagerne er intervjuet én-til-én. Én-til-én intervju brukes for å sikre fylldige og detaljerte beskrivelser av informantenes følelser, erfaringer, refleksjoner og så videre, uten at intervjuobjektet blir påvirket av andre enn intervjueren (Johannessen, et al., 2016).

I tillegg til semi-strukturerte dybdeintervjuer har den ene artikkelen en kvantitativ del som består av en tverrsnittsstudie. En tverrsnittundersøkelse benytter data fra en avgrenset og kort

periode. Dette gir et øyeblikksbilde på det fenomenet som blir studert (Johannessen et al., 2016). Artikkelen som benytter seg av både kvalitativ og kvantitativ metode er en «mixed-metode study». Denne metoden skal bidra til å styrke konklusjonen i studien ved at det gis en dypere forståelse av det man undersøker ved hjelp av ulike metodiske tilnærminger (Andersen, 2017).

3.3 Presentasjon av fag og forskningslitteratur

Under dette presenteres av fag- og forskningslitteratur som er benyttet i denne oppgaven. De utvalgte artiklene som er hyppig brukt i denne oppgaven er presentert senere, under punkt 4.0 Resultater.

3.3.1 Forskningslitteratur

I utgangspunktet vil denne oppgaven kun inkludere nyere forskning og faglitteratur. Til tross for dette vil jeg benytte Lucy Serpell`s forskning fra 1999, fordi den er viktig i forståelsen for hvor dypt ambivalensen sitter i hos pasientene. Jeg har også inkludert en artikkel fra 2000, skrevet av Ryan og Deci fordi den forklarer forskjellen på indre og ytre motivasjon som jeg har skrevet om i drøftingen.

Oversiktsartikkelen til Salzmann-Erikson og Dahlén (2017) er hyppig brukt i teoridelen fordi den har samlet resultatene fra mange gode kvalitative forskningsartikler.

3.3.2 Faglitteratur

Faglitteraturen som er benyttet til å skrive denne oppgaven er funnet gjennom biblioteket på skolen. Jeg har benyttet meg av «Oria» som søkemotor for å finne relevante fagbøker som kan benyttes for å svare på min problemstilling. Bøkene som er listet opp under er de jeg har brukt hyppig i denne oppgaven. Bøker som er benyttet i liten grad blir derfor ikke presentert under.

I utgangspunktet ville jeg kun benytte meg av nyere faglitteratur, men boka til Joyce Travelbee fra 1999 er likevel inkludert fordi hun fortsatt har innflytelse på sykepleiefaget. «*Interpersonal Aspects in Nursing*» ble første gang utgitt i 1966 og siste utgave kom i 1971. Boken ble oversatt til norsk i 1999. Travelbee legger i sin bok «*Mellommenneskelige forhold i sykepleien*» stor vekt på relasjon. Dette kan direkte knyttes opp mot min problemstilling. Jeg har derfor valgt å inkludere denne faglitteraturen i min oppgave.

Videre har jeg benyttet meg av «*Sterk Svak*», skrevet av psykiater Finn Skårderud for å finne litteratur om temaet AN. Boka ble først gitt ut i år 2000, men jeg har benyttet meg av 3. utgave av boka (2013) i denne oppgaven. Boken inneholder en grundig gjennomgang av spiseforstyrrelser generelt og anoreksi spesielt, samt hvordan dette behandles. Jeg har derfor hyppig brukt boken som en kilde.

I tillegg har jeg benyttet meg av en fagbok om utviklingspsykologi. Denne er inkludert fordi jeg var ute etter å vise hvor målgruppen jeg har valgt meg befinner seg med tanke på mental utvikling.

Videre har jeg benyttet en fagbok om metode, og her har jeg valgt å bruke «Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode» (Johannessen et al., 2016). Denne boka gir en innføring i samfunnsvitenskapelig metode og har dannet grunnlaget for metodekapittelet i denne oppgaven. Jeg har også supplert noe med «*Metode og oppgaveskriving*» (Dalland, 2017). Jeg har videre benyttet meg av to fagbøker om psykiatri: «*Helt – ikke stykkvis og delt*» (Hummelvoll, 2012) og «*Psykiatri for helse og sosialfagutdanningene*» (Snoek & Engedal, 2017). Disse er benyttet for å skaffe generell informasjon om AN og kan fungere som et supplement til boka til Skårderud.

3.4 Kildekritikk

Å være kritisk til litteraturen og forskningen er et kvalitetssikringssystem som det stilles krav til for at en oppgave skal kvalifiseres som en litterær oppgave. For å sikre at artiklene er gode nok, skal de kvalitetssikres ved hjelp av et analyseskjema. Her ser en blant annet på om etiske forhold er vurdert, om hovedfunnene kommer tydelig frem og om det er hensiktsmessig å benytte seg av en kvalitativ tilnærming (Johannessen et al., 2016).

I tillegg har jeg sett på strukturen til artiklene for å sikre at det er snakk om forskningsartikler. Konklusjonen er at artiklene jeg har valgt ut er av høy kvalitet og kvalifiserer til bruk som kilder i denne oppgaven. Jeg har likevel noen generelle kommentarer knyttet til de utvalgte artiklene, disse følger nedenfor. I tillegg har jeg gjort en kritisk vurdering av egen søkemetode og øvrig litteratur som er benyttet i denne oppgaven.

3.4.1 Søkemetode

Ved å gå systematisk til verks, sikre gode søkeord og søke i flere tilgjengelig databaser sikrer det at man får oversikt over tilgjengelig og god forskning. Min søkestrategi var klar, jeg hadde definert inklusjons- og eksklusjonskriterier på forhånd.

Det at jeg hadde så mange eksklusjonskriterier kan ha ført til at jeg har ekskludert en del artikler som kunne vært av interesse for å svare på problemstillingen min.

Jeg burde også forsøkt med flere søkeord enn jeg gjorde, for å sikre et større utvalg eller et mer spesifikt utvalg av artikler. Det viste seg midlertidig at de samme artiklene dukket opp ved bruk av ulike søkemotorer. Dette kan betraktes som en styrke fordi det kan viser at jeg kan ha klart å fange opp de artiklene som finnes om dette temaet.

I tillegg burde det vært prøvd ut flere kombinasjoner av de søkeordene jeg har benyttet, for å på denne måten utvide søket og få flere treff.

Det er også verdt å nevne at min mangel på erfaring med bruk av søkemotorer nok har gjort at resultatet ikke er så bra som det burde vært, og jeg antar at jeg har gått glipp av en del gode artikler på grunn av manglende erfaring. Ved en senere anledning vil jeg nok søke råd hos erfarne bibliotekarer eller lignende.

3.4.2 Forskningsartikler

Samtlige av artiklene jeg har valgt å bruke er skrevet på engelsk. Dette kan føre til misforståelser i forhold til både tolkning og oversettelse.

Jeg har også, til tross for at jeg hadde en klart definert strategi om å ikke inkludere forskning som er eldre enn 10 år, inkludert en artikkel fra 2004. Artikkelen er inkludert fordi jeg ønsket å få frem utfordringene som sykepleier opplever ved å etablere terapeutisk relasjon til pasientene sine og denne artikkelen tar opp nettopp dette. Artikkelens perspektiv er derfor interessant med tanke på drøftingen i denne oppgaven.

I tillegg har jeg benyttet meg av en artikkel som har både en kvalitativ og en kvantitativ del. Fordi jeg har vurdert at problemstillingen min best lar seg besvare ved hjelp av kvalitativ forskning, er det i utgangspunktet ikke hensiktsmessig å benytte seg av kvantitativ forskning. Artikkelen ble likevel inkludert fordi kombinasjon av metoder kan være en effektiv måte å styrke forskningen på, som beskrevet under punkt (3.2.2).

En av artiklene jeg har valgt å bruke har et tema som er litt på utsiden av problemstillingen, fordi den tar for seg hvordan man kan sikre vektoppgang hos ungdom med AN. Artikkelen vektla den terapeutiske relasjonen som forutsetning for vektoppgang, og ble derfor inkludert.

3.4.3 Faglitteratur

Faglitteraturen jeg har benyttet for å skrive generelt om spiseforstyrrelser har i stor grad vært under innflytelse av eller direkte skrevet av Skårderud. Ved å primært benytte en forfatter kan vinklingen på fagstoffet bli litt snever. Derfor har jeg forsøkt å inkludere faglitteratur som ikke er skrevet av Skårderud der det er hensiktsmessig og mulig.

Jeg har valgt å benytte meg av Helsedirektoratets nasjonale, faglige retningslinjer for spiseforstyrrelser i min oppgave. Selve arbeidet med retningslinjene startet i 2010, men den er kontinuerlig oppdatert med ny forskning slik at jeg vurderer denne kilden som solid. Dette kommer frem i referanselisten til retningslinjen som inneholder forskning av nyere dato. Artikkelen til Ryan og Deci fra 2000 er også inkludert i oppgaven, da dette er primærkilden som tar for seg indre og ytre motivasjon.

Jeg har også inkludert artikkelen til L. Serpell fra 1999, da det var hun som var først ute med å forske på ambivalensen til pasientene på den måten hun gjorde, og artikkelen regnes som en klassiker innenfor sitt felt.

3.5 Etikk

Jeg kommer i drøftingen med noen tanker og erfaringer fra egen praksis. Erfaringene og eksemplene vil være anonymisert.

I tillegg har jeg forholdt meg til retningslinjene til APA 6th for rett kildehenvisning.

Etiske forhold er vurdert under prosessen med utvelgelse av artikler, som tidligere beskrevet.

4 Resultater

Under dette punkt vil resultatet av søket og de utvalgte forskningsartiklene mine presenteres i en artikkelmatrise.

Nr:	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1.	Zugai, J. S., et al. (2018)	The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study	Journal of Clinical Nursing 27(1-2), s. 416-426	Hensikten med denne studien er å utvikle en bedre forståelse for hvor viktig den terapeutiske relasjon mellom sykepleiere og pasienter er for behandlingen av anoreksi. Samtidig anerkjenner studien hvor utfordrende det kan være å etablere en slik relasjon.	Metoden i studien er mixed-method design med både sykepleiere og pasienter som deltakere. Den kvantitative delen er et tverrsnittsstudie og måler graden av oppnåelse og effekten av terapeutisk alliansen og terapeutisk miljøet på avdelingene. Dette fra både pasientperspektivet og sykepleierperspektivet. Fase to er kvalitativ og besto av semi-strukturerte intervjuer som fokuserte på funnene fra den kvantitative delen av forskningen.	Funnene besto av tre hovedtemaer. 1. Sykepleier balanserer mellommenneskelig engasjement og anvendt autoritet 2. Sykepleier klarer å skille mellom pasient og diagnose. 3. Sykepleieren klarer å opprettholde en profesjonell distanse til pasienten samtidig som de viser omsorg. Resultatet viste også at relasjonen var mulig der sykepleier klarer, på tross av det skjeve maktforholdet, å skape tillit.
2.	Sly, R., et al. (2014)	Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa	International Journal of Eating Disorders 22(3), 233–243 1-11	Målet med denne studien er å undersøke pasientenes av terapeutisk alliansen, å vurdere sin oppfattede betydning og å utforske hvilke elementer som bidrar til å bygge en sterkere alliansen med miljøpersonell.	Metoden: kvalitativ metode som besto i semi-strukturerte dybdeintervjuer ble foretatt av 8 kvinner i behandling	Funn: representerer fire kategorier hvor relasjon er et hovedtema i behandlingen. 1. Pasienten anså relasjonen med sin kontaktsykepleier som et viktig element i bedringsprosessen. 2. Viktigheten av et likeverdig forhold. 3. Førsteintrykket er viktig for å kunne etablere en god relasjon. 4. Sykepleier er villig til å snakke om tabu-temaer uten en dømmende holdning.
3.	Zugai, J., et al. (2013)	Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective,	Journal of Clinical Nursing 22(13-14), s. 2020-2029	Hensikten med studien var å fastslå hvordan sykepleier kunne sikre vektøkning og positiv pasientopplevelse i behandlingen av anoreksi.	Metoden er kvalitativ. Det er gjort semi-strukturert dybdeintervju av 8 jenter med anoreksi etter endt behandling.	Funnene presenterer tre hovedtemaer. 1. Sikre vektøkning. 2. Opprettholde et terapeutisk miljø og relasjon. 3. Kvaliteten på forholdet mellom sykepleier og pasient hadde stor betydning for vektøkning og erfaringen pasienten satt igjen med etter

						innleggelsen. Pasientene uttrykte at vennlighet og imøtekommenhet bidro til endring og bedring.
4.	Ramjan, Lucy, Michelle (2004)	Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa	Journal of Advanced Nursing 45(5), 495–503	Hensikten med studien var å undersøke hvordan man kan utvikle en god relasjon til de unge pasientene som led av anoreksia. Det ble imidlertid oppdaget at sykepleiere sliter med å utvikle terapeutiske allianser med disse ungdommene. Studien ble deretter modifisert for å utforske vanskeligheter og hindringer som hindrer dannelsen av terapeutiske relasjoner i denne konteksten.	Kvalitativ metode. Det er rekruttert 10 deltakerne som var registrerte sykepleiere med minst 2 års erfaring med omsorg for unge med anoreksia nervosa fra et sykehus i Australia. Dataene ble samlet ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer	Deltakere beskrev hvordan de kjempet for å utvikle terapeutiske forhold i dette kliniske miljøet. Tre temaer oppstod: 1. Vanskelig for sykepleieren å forstå sykdommen; sykepleiere opplevde ikke å forstå betingelsene for anoreksia nervosa diagnosen og endringsprosessen. 2. Pasientens kamp for å ha kontroll. Maktkampen mellom sykepleiere og pasienter og den gjensidig mistillit som ofte utviklet seg mellom dem 3. Vanskene med å etablere en terapeutisk relasjon; beskriver vanskeligheter noen sykepleiere hadde i å etablere terapeutiske allianser med disse ungdommene.

Tabell 3. Presentasjon av forskningsartikler

5 Drøfting

«Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk relasjon til unge pasienter som lider av anorexia nervosa?»

Dette kapittelet vil drøfte hvordan sykepleier kan etablere en terapeutisk relasjon til unge pasienter som lider av AN. Jeg vil også først i kapittelet si noe om hvorfor denne relasjonen er så viktig- og tidvis også så vanskelig å etablere. Drøftingen vil ta utgangspunkt i Travelbee's stadier for hvordan man etablerer en relasjon. På tross av at drøftingen er delt opp i Travelbee's stadier, så er det viktig å understreke at etablering av relasjon er en dynamisk prosess som hele tiden er i utvikling og i realiteten så skjer denne etableringen gradvis. Jeg har likevel valgt å dele drøftingen inn på denne måten fordi det er en god måte å strukturere og skille innholdet i drøftingen på. Stadiene i teorien om hvordan man kan etablere en terapeutisk relasjon vil drøftes ved hjelp av oppdatert fag- og forskningslitteratur.

5.1 Hvorfor relasjon?

Flere av artiklene viser til at å behandle AN er både vanskelig og tidkrevende (Sly et al. 2015; Zugai et al. 2013). Det er vanskelig for de som lider av sykdommen og for de som forsøker å behandle den (Sly et al., 2014). Mye av utfordringen ligger i at denne pasientgruppen ofte er veldig syke, men gjerne ikke vil eller klarer å forstå akkurat det selv. I tillegg foreligger det ofte en massiv redsel for vektøkning og det å miste kontrollen (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). I følge Hummelvoll (2012) ser pasienten gjerne på spisemønsteret sitt som en løsning heller enn et problem, og pasienten er i beste fall ambivalent til å samarbeide om å endre anorektiske vaner. Behandling, og dens fokus på vektøkning, kan virke uutholdelig for pasienten. Det å skulle endre anorektiske handlings- og tankemønstre kan være stressende og veldig utfordrende for pasienten. Dette kan lede til et gap mellom pasienten og de som jobber i team for å hjelpe pasienten til bedring (Sly et al., 2014). På tross av at behandling av AN er vanskelig, det å etablere en god relasjon en forutsetning for at behandlingen skal være vellykket (Hummelvoll, 2012).

Skårderud (2013) hevder at ved hjelp av en trygg terapeutisk relasjon vil pasienten forsiktig tørre å snakke om sykdommen sin, og dermed kan pasienten, sammen med det tverrfaglige teamet, begynne å jobbe mot bedring. I det tverrfaglige teamet spiller sykepleieren en nøkkelrolle, da det er sykepleier som er sammen med pasienten døgnet rundt.

Det å etablere en terapeutisk relasjon til pasienten som lider av AN er midlertidig ikke en enkel oppgave. Mange sykepleier oppgir at de synes det er utfordrende å både opprette og stå i en slik relasjon (Ramjan, 2004). Sykdommen i seg selv vil på mange måter være ødeleggende for relasjonen, nettopp fordi pasienten ofte er ambivalent til å bli frisk. På den ene siden vil det kreve mye av sykepleier som må etablere en tillitsfull relasjon som gjør at pasienten tør å være ærlig om sykdommen, symptomer og følelser de har knyttet til lidelsen (Sly et al., 2015). På den andre siden kan det være at pasienten hele tiden vil forsøke å sabotere en slik relasjon fordi relasjonen kan virke «truende» på sykdommen deres.

Sykepleier og behandlingsteamet representerer de som vil forsøke å hjelpe pasienten til å bli frisk fra en sykdom som mange pasienter ikke ønsker å bli friske av (Zugai et al., 2018). Mye av grunnen til at sykepleiere også synes det er vanskelig å stå i en slik relasjon til pasienten er fordi de ikke forstår kompleksiteten i AN diagnosen (Ramjan, 2004). Der har vi som utøvende sykepleier et ansvar for å se våre egne begrensninger og sørge for å besitte nok kunnskap til å kunne utføre jobben vi er satt til å gjøre. Dette er vi forpliktet til gjennom de yrkesetiske retningslinjene hvor det blant annet står at sykepleier er forpliktet til å utøve egen praksis både faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2011). Sykepleierne i studien til Ramjan (2004) synes at den følte maktkampen mellom sykepleier og pasient, i tillegg til vanskene med å forstå sykdommen og dens mekanismer, gjorde at det å etablere en terapeutisk relasjon til pasientene ble for vanskelig.

Parbury et al., (2013) hevder at selv om den terapeutiske relasjonen ikke er ansett som terapi i seg selv, så har den en stor terapeutisk effekt. Dette gjelder særlig pasienter som lider av AN. Travelbee (1999) mener at det er en forutsetning at det er en etablert vellykket relasjon mellom sykepleier og pasient for at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten med det den måtte ha behov for. I tillegg sier hun at det er sykepleiers oppgave å etablere en relasjon og videre også sykepleiers oppgave å ta ansvaret for å drive forholdet fremover om det skulle stoppe opp. En slik relasjon bygges ikke opp av seg selv, men er et resultat av flere dagers tilnærming. Travelbee (1999) sier videre at en vellykket relasjon skal være god for pasienten, og med det mener hun at relasjonen fører til at den sykes behov blir ivaretatt. Travelbee understreker at relasjonen først oppstår etter at sykepleieren og den hun har ansvaret for har gjennomgått følgende stadier som vil resultere i etablering av menneske-til-menneske relasjonen.

5.2 Det innledende møtet

Hummelvoll (2012) anbefaler at sykepleier er utforskende og nysgjerrig første gang hun møter pasienten. Hummelvoll mener midlertidig at dette vil komme naturlig da det er så mye i AN karakter og uttrykksform som fører til undring hos hjelperne. Zugai et al., (2013) hevder at sykepleier bør ta en aktiv rolle i starten av etableringen av forholdet. Studien til Sly et al. (2014) viser midlertidig at sykepleier kan bli for aktiv og dominerende i det innledende møtet. Hvis sykepleier er for aktiv og dominerende i startfasen så var tilbakemeldingene fra pasientene at de oppfattet sykepleieren som mindre tilnærmelig. Sykepleier bør la pasienten få snakke mest mulig uforstyrret det første møtet, og på den måten oppga pasientene i studien at de følte seg «sett» av sykepleieren (Sly et al., 2014). Verdt å nevne som studien til Sly et al. (2014) er at målgruppen i studien er noe eldre (18-33 år) enn målgruppen jeg har valgt meg ut, så det er ikke gitt at resultatet er overførbart til min målgruppe. Men ettersom AN oppstår i ungdomsårene hos de aller fleste pasientene så er det grunn til å tro at disse pasientenes erfaring omkring AN og terapeutisk relasjon vil være aktuelle for min målgruppe.

Skårderud (2013) mener at sykepleier må klare å balansere det å ta kontrollen, men samtidig være lyttende, åpen og inviterende. Dette begrunner Skårderud (2013) med at pasientene ikke vet hva de vil, og dermed også vil ha vansker for å ta kontroll over situasjonen selv. Han mener derfor at sykepleiere må ta ansvaret for samtalen det første møtet.

Travelbee (1999) hevder at et innledende møtet alltid begynner med gjensidige observasjoner. Videre vil begge parter trekke slutninger og bygge opp antagelser om hverandre. Disse antagelsene vil vekke følelser på godt og vondt hos både sykepleier og pasient. Travelbee mener at om vi sitter igjen med et godt førsteinntrykk så er det fordi det mennesket man har foran seg minner om noen man mener er «gode» mennesker. Sykepleiers jobb i denne sammenheng er å forsøke å oppdage «mennesket» i pasienten, og dermed ikke basere sitt inntrykk på egne følelser.

I studien til Sly et al., (2014) kommer det frem at det ikke bare er sykepleiers aktive eller passive rolle som har noe å si for førsteinntrykket, men også hvordan sykepleieren var kledd. Sykepleiere som var for pyntet under det første møtet med pasientene fikk de til å føle seg mindreverdige. Min tanke rundt dette er at AN er en sykdom som i stor grad dreier seg om kropp og utseende, og mange av disse pasienter oppgir å ha lavt selvbilde (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2016) slik at det kan være grunnen til at en «overpyntet» sykepleier får dem til å føle seg mindreverdige.

Selv om det første møtet ikke er særlig vellykket for de involverte partene, så er det mulig å etablere en god relasjon. Pasientene i studien til Zugai et al. (2018) oppga at så lenge sykepleier ikke ga opp på tross av et dårlig førsteinntrykk, så klarte de å etablere en god relasjon hvis sykepleier fortsatte med relasjonsbygging ved hjelp av sine mellommenneskelige egenskaper.

5.3 Fremvekst av identiteter

Noe av det viktigste i relasjonsbyggingen er å verdsette den andre som et unikt individ (Travelbee, 1999). Ved at sykepleier retter tanker og følelser mot pasienten hun har fremfor seg, vil hun begynne å motta inntrykk av den andres personlighet. Og i det partene begynner å legge merke til den andres personlighet viskes de stereotypiske rollene som pasient og sykepleier sakte ut.

Skårderud (2013) skriver at spiseforstyrrelsens vesen er å usynliggjøre personen bak. Han sier videre at jo lengre symptomene har fått ta bolig i pasienten, jo mer usynlig blir personen under. Pasienten har et behov for å bli sett, og at sykepleier derfor bør klare å se forbi symptomer og ytre adferd.

Det å bidra til å fjerne symptomene hos pasienten som lider av AN er bare en liten del av behandlingen, og hvis fokuset på kroppslige symptomer og vektøkning tar for mye plass så kan en risikere å etterlate en pasient som ikke klarer å se løsningen på problemene sine (Skårderud, 2013). Det vil være hensiktsmessig å ikke bli for teknisk i tilnærmingen til pasienten med AN, nettopp fordi det psykiske arbeidet med å få pasienten til å tørre å utforske følelser og reaksjoner er helt sentralt for at pasienten skal oppnå bedring av AN diagnosen sin (Skårderud, 2013).

Pasienter er unike personer med ulike behov og personlighet. Som sykepleier må man ha kjennskap til den enkeltes situasjon, behov og personlighet for å kunne skille mellom pasienten og AN. Studien til Zugai et al., (2018) viste at om sykepleier klarte å separere person og diagnose, klarte de lettere å identifisere hva som var adferd styrt av sykdommen og hva som var styrt av personligheten. Dersom sykepleierne mestret dette fikk de et annet syn på pasientene. Dette førte til mindre utmattelse blant sykepleierne, og mindre dømmende holdninger ovenfor pasientene (Zugai et al., 2018). Studien til Ramjan (2004) viste at når sykepleier ikke klarte å skille diagnosen fra pasienten så satt hun igjen med holdningen om pasienten måtte «ta seg sammen». Tendensen blant mange av de aktuelle sykepleierne var at de mente at ettersom vekttapet var villet og selvforskyldt så klarte de ikke å se på de

pasientene de behandlet som ordentlig syke. Vi som sykepleiere er forpliktet gjennom yrkesetiske retningslinjer til å fremme helse og gi pasienten helhetlig omsorg. Mitt synspunkt er om vi gir dårligere omsorg og sykepleie til pasienter som lider av en så alvorlig diagnose som AN fordi man ikke klarer å forstå at disse pasientene virkelig er syke, så utfører man sykepleie som er langt utenfor det som er etisk forsvarlig.

Det kom også frem i studien til Ramjan (2004) at mange av sykepleieren slet med at pasientene forsøkte å manipulere eller skjule symptomene sine. De oppga dette som en av grunnene til at de følte mistillit overfor pasientene. Hummelvoll (2012) har en litt annen oppfatning, nemlig at pasientene uansett vil forsøke å skjule symptomene sine, fordi det er noe som ligger i sykdommens natur. Derfor er pasienten avhengig av en trygg og tydelig sykepleier som har nok kunnskaper til å klare å separere mekanismene til AN og pasienten som individ (Hummelvoll, 2012).

Ettersom vekttoppgang er et ufravikelig mål med innleggelsen er noe som må være tydelig fra starten av (Zugai et al., 2018). Salzmann-Erikson og Dahlén (2017) sier at ved at sykepleier tar initiativ til å både informere og forklare målene med behandlingen så vil det være lettere for pasienten å forstå meningen med behandlingen og dermed også ha bedre forutsetninger for å la seg behandle. Det er også et juridisk krav at pasienten får nok informasjon slik at de forstår innholdet i behandlingen sin. Uten denne informasjonen vil pasienten ikke ha forutsetning for å kunne samtykke til behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1).

Sykepleier er derfor nødt til å være konsekvent og tydelig på hva hun forventer av pasienten. Dersom også pasienten klarer å være tydelig på hva hun eller han forventer av sykepleieren sin så ser det ut til at behandlingsopplegget ble mer forutsigbart og dermed lettere å følge. De strenge reglene, særlig rundt mat og aktivitet, ble lettere for pasientene å følge om de var tydelige, rettferdige, faglig begrunnet og individuelt tilpasset. Igjen var det en sykepleiers oppgave å gi pasientene følelsen av at de var sett som individer, og dermed også klarer å tilpasse reglene til hver enkelt pasient (Zugai et al., 2018).

Pasientene i studien til Zugai et al., (2013) forsto at reglene måtte være så strenge, men om de ikke ble tilpasset til den enkeltes behov og forutsetninger så ble de til tider for utfordrende å følge. I denne studien ble det igjen pekt på at sykepleiere som manglet kunnskap om AN og dens natur hadde større vansker med å gjøre de individuelle tilpasningene.

5.4 Empati

Det å ha empati, sammenlikner Skårderud (2013) med å forstå hvordan det er i andres sko, uten å måtte ta dem på seg og gå.

For å kunne ha empati for pasienten bør sykepleier, i følge Travelbee (1999), ha evnen til å leve seg inn i eller klare å ta del i den andres psykiske tilstand på det gitte tidspunktet.

Sykepleier vil, om hun mestrer dette, klare å forutse adferd i mye større grad. Hvis hun klarer å fornemme den andres følelser klarer hun også å se forbi ytre adferd. For at empati skal kunne føles, er det også i følge Travelbee (1999) nødvendig med et visst nivå av tillit mellom partene.

Tillit, empati, likeverd og respekt er, i følge pasientene i studien til Zugai et al., (2013), nøkkelverdier for å etablere et vellykket og terapeutisk forhold. Likeverd er essensen i en holistisk tilnærming som vil si at pasient og sykepleier betraktes som samarbeidspartnere når helseutfordringer skal løses (Brinchmann, 2016). Der hvor det ikke er tillit mellom partene i et samarbeid, vil de begynne å betvile hverandres hensikter, slik sykepleierne i studien til Ramjan (2004) fortalte om. Sykepleierne følte at pasientene forsøkte å manipulere situasjonen ved at de blant annet følte at pasientene forsøkte å spille personalet opp mot hverandre. Dette tror jeg ikke de er alene om å føle. Gjennom praksis i psykiatri hørte jeg stadig vekk personalet omtale pasientene som lider av AN som manipulative. Der, som det også kommer frem i flere av studiene jeg har sett på (Zugai et al., 2013; Ramjan, 2004), er jeg overbevist om at mangel på kunnskap er utslagsgivende i forhold til de negative tankene sykepleierne har ovenfor pasientene.

I Sly et al., (2014) kommer det frem at de sykepleierne som klarte å etablere et tillitsfullt forhold til pasientene sine, gjorde det lettere for pasientene å snakke om de vanskelige følelsene knyttet til diagnosen. I tillegg så uttrykte pasientene behov for at sykepleier også var villig til å snakke om de tabubelagte områdene innenfor AN-diagnosen, nemlig hvordan AN styrte adferden til pasientene. Der hvor sykepleier klarte å snakke om dette uten å uttrykke dømmende holdninger, så resulterte dette i et bedre forhold mellom pasient og sykepleier (Sly et al., 2014).

5.5 Sympati og medfølelse

Forskjellen på empati og sympati og medfølelse er, i følge Travelbee (1999), at sykepleier i tillegg til å kunne forstå følelsene til pasientene også har et ønske om å hjelpe dem. Travelbee

(1999) hevder at ønsket om å hjelpe må være genuint. Sykepleiers oppgave er å omdanne det genuine ønsket om å hjelpe til konstruktive sykepleiehandlinger. Det er også essensielt at sykepleier klarer å bruke seg selv terapeutisk ved hjelp av kunnskaper og ferdigheter (Travelbee, 1999).

På den ene siden kom det frem i studien til Zugai et al., (2018) at pasientene følte seg verdsatt i forholdet når sykepleier hadde et genuint ønske om å hjelpe. På den andre siden viste studien at om sykepleier ble for sårbar i relasjonen, så ville pasienten få for stor innflytelse over relasjonen slik at den ikke lengre ble oppfattet som terapeutisk, men vennskapelig. Dette viste seg å skje hyppigere når sykepleier var nær pasienten i alder (Zugai et al., 2018).

Studien til Sly et al., (2014) viser på den ene siden at dårlig relasjon mellom sykepleier og pasient førte til at pasientene følte seg mer ensomme mens de var innlagt. Det at pasientene følte seg ensomme skyldes at pasienten i stor grad er isolert fra omverdenen når de er innlagt. På den andre siden oppga pasienten i denne studien at et godt forhold til sykepleier gjorde tiden de var innlagt mindre uutholdelig fordi sykepleieren var der og støttet pasienten gjennom den tunge tiden.

Pasientene beskriver at de beste sykepleierne er de som klarer å ha medfølelse med pasientene sine Zugai et al., (2013). Pasientene hevdet at noe av det de verdsatt høyest i forholdet til sykepleier var at sykepleier var i stand til å tilby oppmuntring og støtte. Dette ble det lagt spesielt vekt på i typiske matsituasjoner for ungdommene som var innlagt (Zugai et al., 2018). Oppmuntring og støtte i måltidssituasjonen gjorde det lettere for ungdommene å holde ut. Og motsatt, om sykepleier forsøkte å formane ungdommene til å spise ved å benytte seg av sin autoritet som sykepleier, så oppga ungdommene at de følte seg bare som «nok et tilfelle av AN» og at dette skadet relasjonen dem i mellom (Zugai et al., 2018). Rammefaktorene rundt måltidssituasjoner er nok med på å bidra til at dette er en vanskelig situasjon å befinne seg i, også for sykepleiere. Med rammefaktorer så mener jeg spesielt tidspresset og det faktum at det er andre pasienter og ansatte tilstede under måltidet. Måltidet skal gjennomføres på en viss tid, og sykepleier må hele tiden balansere å ikke være for pågående i sin tilnærming til pasientene men samtidig sørge for at pasienten klarer å fullføre måltidet. Dette har jeg sett selv når jeg var i praksis, nemlig at sykepleier som hadde ansvar for en pasient nærmest formanet pasienten om å spise, og det så ikke ut til å være en god situasjon for hverken sykepleieren eller pasienten som endte opp med å ikke fullføre måltidet innen de 30 minuttene hun hadde til rådighet.

Artikkelen til Salzmann-Erikson og Dahlén (2017) bekrefter at forholdet til sykepleier måtte være preget av et genuint ønske om å hjelpe, og at det motsatt tilfelle førte til at det oppstod

en slags «oss mot dem» mellom pasienten og sykepleiere. Jeg tenker at det kan være fornuftig å peke tilbake på utviklingspsykologien for å forklare hvorfor det kan oppstå en følelse av «oss mot dem». Som beskrevet under avsnittet om utviklingspsykologi (2.1.4) så er ikke evnen til å regulere følelser godt nok utviklet i denne alderen, og som typisk kommer til syne gjennom en «svart/hvitt» tankegang. Denne mangelen på god følelsesregulering kan være med på å forklare hvorfor kontrastene kan være så store og marginene så små.

5.6 Gjensidig forståelse og kontakt

Travelbee hevder at det overordnede målet for relasjonsbyggingen er at rollene viskes ut og det ikke lenger er et sykepleier-pasient forhold, men et menneske-til-menneske forhold. Hun understreker at forholdet fortsatt skal være profesjonelt. Travelbee sier at en sykepleier ikke kan helbrede psykiske lidelser, men at en god relasjon mellom sykepleier og pasient kan være medvirkende til at veien mot bedring kan føles lettere for pasienten.

Zugai et al., (2013) skriver at dersom forholdet mellom sykepleier og pasient var godt, så bidro det til bedring av pasientens helsetilstand. Grunnen til at forholdet bidro til bedring var at pasientene oppga at de ikke ønsket å «skuffe» sykepleier ved å bryte regler eller å bevisst hindre vektoppgang. Studien viste videre at denne «ytre motivasjonen» ved å ikke ønske å skuffe sykepleieren på sikt ble erstattet av en «indre motivasjon» til bedring. Indre motivasjon er av Ryan & Deci (2000) beskrevet som den naturlige motivasjonen som kommer innenfra ved at handlingene eller aktiviteten i seg for eksempel vekker interesse eller glede. Det at motivasjonen er indre styrt fører til adferd som vi faktisk vil bedrive. Den ytre motivasjonen handler om det vi gjør fordi noen andre ønsker det, eller for å unngå straff og sosiale sanksjoner. I denne sammenheng er det å skuffe sykepleier ytre motivasjon fordi pasienten følger regler på tross av at hun kanskje ikke selv ønsker å gjøre det.

På motsatt side viser studien til Ramjan (2004) at om forholdet mellom sykepleier og pasient ble så godt at det grenset til vennskapelig, så ble sykepleierne ikke like gode til å ta vare på pasientene, og dermed ville relasjonen miste sin terapeutiske effekt.

Gjennom et godt terapeutisk forhold hvor sykepleier tok i bruk sine mellommenneskelige egenskaper så ble utfordringene mindre for pasientene og det ble lettere for de å stå i, og samtidig forstå meningen med, behandlingen (Zugai et al., 2018). Sykepleiere som derimot ikke inntok en mellommenneskelig rolle og lente mer på sin autoritet som sykepleier i relasjon med pasienten bidro ikke til bedring av AN (Zugai et al., 2018).

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å besvare hvordan sykepleier kan etablere en terapeutisk relasjon til den unge pasienten som lider av AN. Problemstillingen er belyst ved hjelp av aktuell fag- og forskningslitteratur.

Det har kommet tydelig frem i løpet av denne oppgaven at det ikke er et entydig svar på hvordan en slik relasjon best lar seg etableres, men da mange av de litterære kildene jeg har brukt har belyst mange av de samme elementene, er det mulig å trekke frem noen elementer som spesielt viktige. Det kan virke som om sykepleiers kunnskaper om AN og dens natur er av stor betydning. Kunnskap påvirker holdningene sykepleier har overfor pasienten, slik at de lettere klarer å skille pasienten som mennesket fra diagnosen. Det virker som om det er en sammenheng mellom økt kunnskap og økt forståelse. Videre vil jeg trekke frem at det er viktig at sykepleier klarer å uttrykke et genuint ønske om å hjelpe pasientene og dermed er der for å støtte dem gjennom innleggelsen. Relasjonen er avhengig av gjensidig tillit og likeverd for å være terapeutisk, da det ser ut til dette er viktig for at pasienten skal tørre å åpne opp om lidelsen sin og dermed gjøre det mulig å jobbe mot bedring av sykdommen.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg forstått hvor betydningsfull den terapeutiske relasjonen er med tanke på effekten av behandlingen pasienten gjennomgår. Jeg vil derfor konkludere med at sykepleier må være i stand til å etablere en slik relasjon for å kunne arbeide med pasientgruppen som lider av AN.

Referanseliste

- Andersen, J. (2017). «Mixed methods»-design i helseforskning. *Sykepleien fagutvikling*, 105(64738)(e-64738) <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christoffersen, L., Johannessen, A. & Tufte, P., A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engedal, K & Snock, J. E., (2017). *Psykiatrici. For helse- og sosialfagutdanningene*. (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet. (2019). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra <https://finnkode.helsedirektoratet.no>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). *Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar og kompetanse*. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: bind 1*. (5. utg., s 17-27). Oslo: Gyldendal akademisk

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503. DOI:10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x
- Ryan, R. M. and E. L. Deci (2000). Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 55: 68-78.
- Salzmann-Erikson, M., & Dahlén, J. (2017) Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies*; New York Vol. 26, Iss. 1 DOI:10.1007/s10826-016-0534-2
- Senneset, I. (2017). *Anorektisk*. (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia Nervosa: Friend or Foe? *International Journal of Eating Disorders*, 32, 164-170.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Spiseforstyrrelser*. Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (Red). *Psykiatriboken- sinn kropp og samfunn* (2 utg. s. 396-414). Oslo: Gyldendal akademisk
- Skårderud, F. (2013). *Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Sly, R. Morgan, J.F. Mountford, V.A. Sawyer, F. Evans, C. & Lacey, J.H. (2014). Rules of engagement: Qualitative experiences of therapeutic alliance when receiving in-patient treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 233–243. doi:10.1080/10640266.2013.867742.
- Smith, L. (2018). *En kort introduksjon til utviklingspsykologi*. (1. utg.). Bergen:

Fagbokforlaget

Tetzner, S. (2012). Utviklingspsykologi. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleien. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13/14), 2020-2029 <https://doi.org/10.1111/jocn.13944>

Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2018). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study *Journal of Clinical Nursing*, 27, Issue1-2
<https://doi.org/10.1111/jocn.13944>